

Opinnäytetyö (AMK)

Ensihoitajakoulutus

2020

Henna Kastman ja Minka Ollikainen

TOIMINTA HÄTÄTILANTEISSA

– Toimintaohjekorttien laatiminen yksityisen
hoivakodin henkilöstölle

Henna Kastman ja Minka Ollikainen

TOIMINTA HÄTÄTILANTEISSA

- toimintaohjekorttien laatiminen yksityisen hoivakodin henkilöstölle

Ensihoidolle välitetyistä tehtävistä merkittävä osa kohdistuu erilaisiin hoitolaitoksiin ja hoivakoteihin. Hyvä ja sujuva yhteistyö ensihoidon ja hoitolaitosten välillä on tärkeää. Hätätilanteita tulee vastaan hoivakodeissa väistämättä asukkaiden ollessa iäkkäitä ja monisairaita. Toimiminen hätätilanteissa edellyttää selkeitä toimintamalleja, sekä riittävää harjoittelua ja tietoperustaa.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä, yksityisen hoivakodin, Attendo Katarinanpuiston kanssa. Tarkoituksena oli tuottaa hoivakodin käyttöön toimintaohjekortit hätätilanteiden varalle, sekä järjestää niihin liittyvä koulutus. Toimintaohjekorttien sisältö on rajattu vastaamaan hoivakodin tarpeita. Tavoitteena on, että ohjekortit toimitsevat henkilökunnan muistin ja toiminnan tukena yllättävissä tilanteissa. Ohjekorttien tarkoituksena on myös lisätä potilasturvallisuutta ja kehittää ensihoidon sekä hoivakodin henkilöstön yhteistyötä.

Toimintaohjekorteista haluttiin saada helppokäyttöiset, joten niiden ulkoasu pyrittiin pitämään yksinkertaisena ja selkeänä. Tavoitteena oli saada kortteihin kaikki oleellinen tieto mahdollisimman tiivistettynä. Ohjekorttien sisältö perustuu luotettavista lähteistä kerättyyn teoreettiseen viitekehykseen. Ohjekorttien lisäksi laadittiin hoivakodin henkilökunnalle tarkoitettu koulutusmateriaali. Koulutusmateriaali toimii itseopiskeluperiaatteella ja sen on tarkoitus toimia korttien käyttöönoton tukena ja lisätä korteista saatavaa hyötyä.

ASIASANAT:

hoivakoti, hätätilanne, ohjekortti.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Emergency Care

2020 | 29 pages, 4 pages in appendices

Henna Kastman ja Minka Ollikainen

EMERGENCY MANAGEMENT

- instruction cards for private nursing home staff

A significant part of the tasks assigned to emergency care are targeted to various care institutions and nursing homes. Good cooperation between the emergency medical services and nursing homes is then important. Nursing homes face emergency situations more often because of their aging residents with decreasing physical condition. Operating in emergency situations requires planned operating model, adequate training and inclusive theoretical knowledge.

This thesis was made in collaboration with the nursing home Attendo Katarinanpuisto. The goal was to produce specific instruction cards and training for the emergency situations for the nursing home's staff. The content of the instruction cards is created for the needs of the nursing home. The instruction cards are meant to work as guidelines and as a support for the staff in the unusual situations. In addition, by using instruction cards the goal is to increase patient safety and to enhance the cooperation between the nursing home's staff and emergency medical personnel.

Layout of the instruction cards is designed to be simple and user friendly. All information of the cards is based on reliable theory studies and it is presented in a compact appearance. In addition, we produced a separate written training material for the nursing home's staff to optimize the usage of the new instruction cards.

KEYWORDS:

Nursing home, emergency situation, instruction card

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3 ENSIHOITOPALVELU	8
4 POTILAAN TUTKIMINEN (ABCDE)	9
5 HÄTÄTILANTEET HOIVAKODISSA	12
5.1 Elottomuus ja tajuttomuus	12
5.1.1 Elottomuuden tunnistaminen ja hoito	14
5.1.2 DNR -päätös	14
5.1.3 Tajuttomuuden tunnistaminen ja hoito	15
5.2 Kaatuminen	18
6 ISBAR -RAPORTOINTIMENETELMÄ	20
7 OPINNÄYTETYÖN TOIMINNALLINEN OSUUS	22
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	24
9 POHDINTA	25
LÄHTEET	27

LIITTEET

Liite 1. Toimintaohjekortit

1 JOHDANTO

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella suoritetaan vuosittain noin 65 000 ensihoitotehtävää (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2019). Sosiaali- ja terveysministeriön (2016) julkaiseman valtakunnallisen selvityksen mukaan osassa sairaanhoitopiirejä ensihoitopalvelua käytetään entistä tiiviimmin tukemaan kotona, palvelutaloissa tai hoivaosastoilla annettavaa hoitoa. Raportin mukaan ensihoitopalvelun tehtävistä nykyisin merkittävä osa näyttää kohdistuvan hoito- ja/tai hoivalaitoksiin. Yrityksistä huolimatta hoitolaitoksiin kohdistuvien ensihoitotehtävien määrää ei kuitenkaan ole luotettavasti pystytty tilastoimaan. Selvityksestä käy kuitenkin ilmi, että kaikkien sairaanhoitopiirien alueelle ensihoidon tehtävämäärät ovat lisääntyneet huomattavasti. Koska ikääntyneiden hoidon ja palvelun painopiste on kotona asumisessa ja erilaisissa hoivayksiköissä, sairastuvatkin he akuutisti useimmiten kotona tai kodinomaisessa yksikössä. (Korkiakangas ym. 2014.)

Toimiminen hätätilanteissa edellyttää selkeitä toimintamalleja, sekä riittävää harjoittelua ja tietoperustaa. Oikein tehty tilannearvio vähentää sellaista päivystysluonteista hoitoa, joka ei ole välttämätöntä. Kun potilas tutkitaan systemaattisesti ABCDE-protokollan mukaisesti, saadaan kokonaiskuva potilaan voinnista ja oleelliset asiat hoitajien tietoon. (Korkiakangas ym. 2014.) Monet hätätilanteet ovat kuitenkin yksittäiselle hoitajalle hyvin harvinaisia (Vieri 2018). Eheä Elämän ehtoo -hankkeen toteuttaman ”Akuuttitilanteet ikääntyneen hoitotyössä” -julkaisun mukaan yksiköllä/organisaatiolla ei juuri ole toimintaohjeita ikääntyneen hoitotyön akuuttitilanteisiin. Konsultaatiomahdollisuus on olemassa, yksiköstä riippuen, vastaavalle hoitajalle, lääkärille/terveyskeskukseen, päivystykseen ja ensihoitoon. (Korkiakangas ym. 2014.)

Opinnäytetyön yhtenä osana suunniteltiin ja tuotettiin toimintaohjekortit hätätilanteiden varalle yhteistyötahon käyttöön. Suunnittelun apuna käytettiin olemassa olevia tarkistuslistoja. Tarkistuslista on työkalu, jolla voidaan kompensoida muistin ja tarkkaavaisuuden inhimillistä vajavaisuutta. Se estää tehtävien vaillinaisen suorittamisen ja parantaa johdonmukaisuutta, tällä tavoin pyritään vähentämään virheen mahdollisuutta. Hyvä tarkistuslista on lyhytsanainen, selkeä, yksiselitteinen, nopeasti läpikäytävä ja sen on sisällettävä vain välttämätön tieto. (Vieri 2018.) Toimintaohjekorttien tarkoitus on toimia henkilöstön muistin apuvälineenä hätätilanteen sattuessa ja tuoda varmuutta harvinaisessa tilanteessa toimimiseen. Toimintaohjekorttien sisältö on valittu yhdessä hoivakodin henkilöstön kanssa ja se on rajattu seuraaviin aiheisiin; kaatuminen, raportointi, ABCDE -

menetelmän käyttö, ISBAR -raportointi sekä kuoleman ja tajuttomuuden tunnistaminen ja hoito. Yksi opinnäytetyön tarkoituksesta on tuoda ensihoidosta ja sairaalasta tuttujen tarkistuslistojen käyttöä myös hoivakotiin.

Toiminnallisena osuutena oli tarkoitus järjestää hoivakodin henkilökunnalle ohjekorttien käyttöön liittyvä koulutus. Koulutuksen sisältö pyrittiin sovittamaan vastaamaan kyseisen yksikön tarpeita ja henkilöstön toiveita. Suunnittelussa oli otettu huomioon yksikön henkilökunnan koulutus sekä toimintaympäristön asettamat erityispiirteet. Sisältö perustui laadittuihin toimintaohjekortteihin ja tarkoituksena oli antaa henkilökunnalle hyvät valmiudet niiden käyttöön. Maailmalla ja Suomessakin vallitsevan Covid-19 pandemian vuoksi koulutus toteutettiin tekemällä PowerPoint -koulutusmateriaali, joka toimitettiin hoivakodin henkilökunnalle. Koulutusmateriaali tehtiin tukemaan toimintaohjekorttien käyttöä ja varmistamaan niistä saatavan hyödyn. Toimitetun koulutusmateriaalin turvin henkilökunta pystyy järjestämään omatoimisesti koulutustilaisuuden haluamallaan tavalla näitä materiaaleja hyödyksi käyttäen.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä yksityisen hoivakoti Attendo Katarinanpuiston kanssa, ja joka näin ollen toimi opinnäytetyön toimeksiantajana. Attendo Katarinanpuisto tarjoaa sekä palveluasumista että tehostettua palveluasumista ikäihmisille. Yksikössä on 30 asukaspaikkaa, joista suurin osa on tehostetun palveluasumisen paikkoja. Katarinanpuistossa huomioidaan asukkaiden hoito yksilöllisesti kunnosta riippumatta ja myös saattohoito on osa hoivakodin palveluita. Hoivakodin teema ulkoilu ja puutarha näkyy hoivakodin arjessa. Hoivakodin piha on suunniteltu ja tehty erityisen viihtyisäksi, esteettömäksi ja helppokäyttöiseksi. Hoivakodin toiminta perustuu pyrkimykseen jokaisen asukkaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin sekä aktiivisen hoivan mukautumiseen asukkaan muuttuvassa voinnissa. (Attendo 2019.)

Attendo Katarinanpuistossa työskentelee pääsääntöisesti lähihoitajia, arkisin paikalla on myös yksi sairaanhoitaja sekä yksikön johtaja. Opinnäytetyötä tehdessä on otettu huomioon hoivakodin kodinomainen ympäristö sekä henkilökunnan koulutusaste. Yhteistyö hoivakodin johtajan Mia-Maria Ilvanderin kanssa on ollut tiivistä opinnäytetyön kaikissa eri vaiheissa.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa yksityisen hoivakodin henkilöstölle toimintaohjekortit sekä niihin liittyvä koulutus hätätilanteissa toimimisen tueksi. Toimintaohjekortit ovat tarkoitettu käytettäväksi muistin ja toiminnan tukena harvoin kohdalle sattuvissa tilanteissa. Lisäksi tarkoituksena oli tuoda ensihoidossa käytössä olevien tarkistuslistojen käyttöä myös hoivakotiympäristöön.

Toimintaohjekorttien ja tuotettavan koulutusmateriaalin tavoitteena oli lisätä hoivakodin henkilökunnan valmiuksia arvioida, tutkia ja kohdata hätätilapotilaita hoivakodissa. Korttien avulla voidaan pyrkiä luomaan selkeitä toimintamalleja hätätilanteita varten. Tavoitteena oli tuottaa selkeät ja yksinkertaiset kortit, joiden käyttöönotto olisi henkilökunnalle helppoa. Tärkeänä tavoitteena oli myös ensihoidon ja hoivakodin yhteistyön sujuvoittaminen sekä kehittäminen. Raportoinnin avuksi laadittu toimintaohjekortti tukee tätä tavoitetta ja helpottaa ammatillista yhteistyötä.

3 ENSIHOITOPALVELU

Ensihoidolla tarkoitetaan äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan kiireellisen hoidon antamista ja tarvittaessa kuljetusta hoitopaikkaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020). Ensihoidon perustehtävänä on turvata äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuden uhrin tasokas hoito tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana (Kuisma ym. 2017, 14).

Terveystalain mukaan vastuu ensihoitopalveluiden järjestämisestä kuuluu sairaanhoitopiireille (Kuisma ym. 2017, 14). Sairaanhoitopiirin on vastattava muun muassa ensihoitopalvelun päivittäistoiminnasta, ensihoitovalmiuden ylläpidosta, johdettava ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa, sekä laadittava toimintaohjeet potilaiden hoidon tarpeen arviosta ja hoitoon ohjauksesta (Terveystalain 2017/585).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri tuottaa ensihoitopalvelut sairaanhoitopiirin omana toimintana, ostopalveluna yksityisiltä palveluntuottajilta sekä yhteistoimintasopimuksella Varsinais-Suomen aluepelastuslaitokselta (VSSH 2019).

4 POTILAAN TUTKIMINEN (ABCDE)

Akuutisti sairastuneen tai vammautuneen potilaan hoidossa ja tutkimisessa käytetään apuna ABCDE -protokollaa. Järjestelmällinen tutkimisprotokollan käyttö helpottaa potilaan tutkimisessa, hoidon tarpeen arvioinnissa ja on avuksi järjestelmällisessä raportoinnissa. ABCDE -protokollan avulla saadaan nopeasti havaittua henkeä uhkaavat tilanteet ja toisaalta perusteellisen tutkimisen myötä voidaan välttyä tarpeettomilta päivystyskäynneiltä. (Korkiakangas & Vanhanen 2014.) ABCDE muodostuu englanninkielisten sanojen alkukirjaimista. Lyhenteen muodostavat sanat ovat Airway eli hengitystie, Breathing eli hengitys, Circulation eli verenkierto, Disability eli tajunta sekä Exposure eli paljastaminen. (Kuisma ym. 2017, 551-557.) ABCDE -protokollaa on käytetty 1950 -luvulta lähtien. Alun perin protokolla sisälsi vain kohdat A ja B. Muutamassa vuosikymmenessä protokolla kehittyi ja saavutti vuonna 1976 nykyisen ABCDE -muotonsa. (Grove ym. 2012.)

Potilaan järjestelmällinen tutkiminen pitää sisällään ensiarvion ja tarkennetun tilanarvion. Ensiarviossa keskitytään nopean yleissilmäyksen jälkeen peruselintoimintojen tutkimiseen ”suurimmasta uhasta” alkaen ja edetään järjestelmällisesti ABCDE -protokollan mukaan. Ensiarviossa peruselintoiminnot tarkastetaan seuraavanlaisesti: A=airway/hengitystie: hengitysteiden hallinta, tarvittaessa kaularankaa tukien; B=breathing/hengitys: hengityksen riittävyyden arviointi (kykeneekö puhumaan, onko hengitystaajuus silmämääräisesti normaali vai poikkeava); C=circulation/verenkierto: verenkierron riittävyyden arviointi (ranne- tai kaulavaltimosykkeen tunnustelu) ja mahdollisten verenvuotojen tyrehdyttäminen; D=disability/tajunta: GCS -pisteet, orientoituuko potilas, karkea neurologinen arvio ja E=exposure/paljastaminen: vammojen paljastaminen, lisävammojen esto (esimerkiksi avantoon pudonneelta riisutaan märät ja kylmät vaatteet). Mikäli potilaalla todetaan ensiarvion aikana jokin henkeä uhkaava tilanne, tulee tämän hoitamiseksi ryhtyä niin ikää ABCDE -järjestystä noudattaen, sekä hälyttää välittömästi lisäapua. (Kuisma ym. 2017, 551-557.)

Tarkennetussa tilanarviossa tarkoituksena on saada perusteellisempi käsitys potilaan tilasta ja sairauden tai vamman aiheuttajasta. Tarkennetussa tilanarviossa haastatellaan potilasta, selvitetään esitiedot ja potilas tutkitaan perusteellisemmin. Läkäs, muistisairas tai muutoin toimintakyvyltään alentunut henkilö ei välttämättä kykene omatoimisesti kertomaan kaikkia hoidon kannalta oleellisia ja tarpeellisia tietoja, eikä omaisia välttämättä ole tavoitettavissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tulee aina varmistaa tiedonkulku, tarvittaessa yhteydenoton tai kirjallisten dokumenttien avulla varsinkin, jos ei

ole varmuutta sähköisten potilastietojärjestelmien yhteneväisyydestä hoitoyksiköiden välillä. (Korkiakangas & Vanhanen 2014.)

Tarkennetussa tilanarviossa potilaalta tulisi tutkia järjestelmällisesti ABCDE -protokollan mukaan ainakin seuraavat perusmittaukset: verenpaine, syketaajuus, sykkeen säännöllisyys/epäsäännöllisyys, hengitystaajuus, happisaturaatio, hengityssänten kuuntelu, tajunnan taso (GCS), kipu (VAS) ruumiinlämpö ja verensokeri (Alanen ym. 2016, 24). Hoivakotiympäristössä tarkennetussa tilanarviossa perusmittausten tekemistä rajoittavat vähäiset tutkimus- ja hoitovälineet (Ilvander 2020).

Potilaan tutkiminen tarkennetussa tilanarviossa. A=airway/hengitystie: huolehditaan edelleen ilmäteiden auki pysymisestä, tarkkaillaan potilaan rintakehän liikkeitä ja kokeillaan, tuntuuko ilmavirta. Mikäli potilas jaksaa puhua, hän yleensä kykenee pitämään myös hengitystiet auki. Mikäli potilaan hengitys kuulostaa kuorsaavalta, rohisevalta tai kurlaavalta tulee hengitystiet tarkistaa mahdollisten vierasesineiden tai runsaan liman varalta. Hengitysteiden auki pysymistä voidaan auttaa kääntämällä potilas kylkiasentoon. (Alanen ym. 2016, 24-27.)

B=breathing/hengitys: mitataan potilaan happisaturaatio ja lasketaan hengitystaajuus. Hengitystaajuutta laskiessa tulisi se mitata vähintään 30-60 sekunnin ajalta, jotta voidaan saada luotettava tulos ja havaita tarkemmin muutokset hengitystaajuudessa. (Alanen ym. 2016, 24-27.) Lisäksi havainnoidaan, onko potilaan apuhengityslihakset käytössä. Apuhengityslihakset, jotka voidaan havaita vaikeutuneessa hengitystyössä ovat kylkiväliihakset, päännyökyttäjälihakset, pienet rintalihakset, sekä vinot ja suorat vatsalihakset. (Kuisma ym. 2017, 336.)

C=circulation/verenkierto: tärkeänä verenkierron mittarina toimii verenpaine. Verenpaineen lisäksi tarkkaillaan potilaan sydämen rytmiä, joko rannesykettä tunnustelemalla tai sydänfilmin avulla. Verenpainetta voidaan karkeasti arvioida rannesykettä palpoimalla. Mikäli rannesyke tuntuu, voidaan tulkita systolisen verenpaineen olevan minimissään 70-80 mmHg tasolla. (Kuisma ym. 2017, 555.) Mittausten lisäksi myös ulkoisia merkkejä verenkierron riittävydestä tulee arvioida. Verenkierron riittävydestä kertovat mm. lämpörajat potilaan raajoissa, sekä potilaan iho. Erityisesti kylmänhikinen iho voi viitata verenkierron riittämättömyyteen. (Alanen ym. 2016, 150.) Verenkierron tarkkailuun kuuluu myös verenvuotojen tyrehdyttäminen. Kriittiset verenvuodot tulee tyrehdyttää jo ensiarvio vaiheessa, mutta pienemmät verenvuodot hoidetaan tarkemman tilanarvion yhteydessä.

D=disability/tajunta: potilaan tajunnantasoja tulee seurata ja arvioida tasaisin väliajoin käyttäen apuna GCS-asteikkoa. Jos potilaan tajunnantaso on alentunut, tulee poissulkea mahdolliset syyt, joita voivat olla esim. aivoverenvuoto, hapenpuute, intoksikaatio, infektio, hypoglykemia, matala verenpaine tai epilepsia. Lisäksi potilaalle tehdään neurologinen tutkimus, jossa tarkastellaan pupillien valoreaktiot, sekä testataan raajavoimia ja tuntoaistia mahdollisten neurologisten puutosoireiden havaitsemiseksi.

E=exposure/paljastaminen: paljastamisessa potilaalta riisutaan tarvittaessa vaatteita ihon paljastamiseksi, jotta saadaan mahdolliset vammat, mustelmat tai virheasennot näkyviin ja havaittua. (Kuisma ym. 2017, 552-553.) Erityisesti vanhusten kohdalla tulee kuitenkin muistaa huolehtia lämpötaloudesta, sillä vanhusten kehon lämpötila laskee herkemmin (Alanen ym. 2016, 251).

5 HÄTÄTILANTEET HOIVAKODISSA

Hätätilapotilaalla tarkoitetaan potilasta, jolla on vamma tai sairaus, jonka vuoksi yksi tai useampi peruselintoiminto on häiriintynyt. Peruselintoimintoja ovat hengitys, verenkierto ja tajunta. Hätätilapotilaan oire tai oireet ovat sellaisia, jotka ilman nopeaa hoitoa johtavat pysyvään haittaan, vammaan tai kuolemaan. (Jokela 2014, 11.)

Laki määrittää, että kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980, 14 §). Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen ovat vaihtoehtoja silloin kun iäkäs henkilö ei enää kykene asumaan turvallisesti kotonaan hänelle sinne tarjottujen apujen turvin. Palveluasumisella tarkoitetaan sellaista hoiva-asumisen muotoa, jossa henkilö ei tarvitse ympärivuorokautista hoivaa. Tehostetusta palveluasumisesta puhutaan, kun henkilöllä on tarvetta hoivalle ja huolenpidolle ympärivuorokautisesti. Kunta voi järjestää palveluasumisen omana toimintana, palvelusetelin avulla tai hankkia sen ostopalveluna järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. (Kuntaliitto 2017).

Ikääntyneiden laitoshoidon käyttö on vähentynyt useiden vuosien ajan, ja ympärivuorokautisessa hoidossa on siirrytty tehostettuun palveluasumiseen. Yksityisillä palveluntuottajilla on tärkeä osuus sosiaalihuollon palveluasumisen tarjonnasta. Ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa vastaava osuus on 50 prosenttia. (THL 2018.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman raportin (Kurola ym. 2016, 41) mukaan merkittävä osa erilaisten hoito- ja hoivalaitosten päivystyksellisistä ongelmista ja akuuttitilanteista näyttää ohjautuvan nykyisin ensihoitopalvelulle. Osasyynä voi olla toimintayksiköiden hoitohenkilöstön epävarmuus tilannearviossa tai potilaan hoidossa, sekä mahdolliset rajalliset resurssit. Myös puutteelliset hoitosuunnitelmat sekä yleislääkäripäivystysten etääntyminen voivat olla selittäviä tekijöitä ensihoitopalvelun roolin kasvuun.

5.1 Elottomuus ja tajuttomuus

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan (27/2004, 3 §) ihminen voidaan todeta kuolleeksi, kun hengitys ja verenkierto ovat pysähtyneet, eikä verenkierto hoitotoimenpiteistä huolimatta käynnisty taikka hoitotoimenpiteisiin ei ryhdytä, koska ihmisellä olevan

sairauden perusteella tiedetään, että hoitotoimenpiteistä ei ole hyötyä tai koska elvytystä ei ole voitu aloittaa riittävän ajoissa hengityksen ja verenkierron käynnistämiseksi.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen terveydenhuollon toimintayksiköihin sekä vammais- ja vanhustenhuoltolaitoksiin tekemässä kyselyssä (Laitinen ym. 2013) todetaan, että kuolemansyyn selvittämistä ja vainajien käsittelyä koskeva ohjeistus on vanhaa, ja toiminta vuosien saatossa muuttuneella sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä on pitkälti itseohjautunutta. Kyselyssä kävi ilmi, että ohjeistusta kaivataan niin kuoleman toteamiseen liittyvissä käytännön järjestelyissä, kuin vainajan käsittelyyn liittyvissä toimenpiteissä. Neljännes vastaajista ilmoitti, että ohjeita kuolleeksi toteamisesta ja muista vainajiin liittyvistä asioista puuttui. Aikaisemmat ohjeet todettiin myös vanhentuneiksi. Eri-tyyppisten tilanteiden ohjeistuksen tarve kuitenkin korostuu tulevaisuudessa, kun vanhuksia hoidetaan yhä enemmän laitosten ulkopuolella kodeissa tai palveluasunnoissa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on poistanut käytöstä aikaisemman vuonna 2004 valmistuneen ohjeistuksen ”Kuoleman toteaminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle” vanhentuneena. Sosiaali- ja terveysministeriö on kuitenkin asettanut työryhmän kokonaisuudistusta varten, kuolemansyyn selvittämisen lainsäädäntö tullaan uudistamaan kokonaisuudessaan. Uuden ohjeistuksen laatiminen on osa työryhmän työtä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Tämän opinnäytetyön valmistuessa keväällä 2020, ei uutta ohjeistusta ole saatavilla.

Tajuttomuus on vakava ja aina välittömästi potilaan henkeä uhkaava tila, joka vaatii välitöntä selvittelyä. Jos potilas ei toistuvasta ja voimakasäänisestä puhuttelusta huolimatta reagoi ollenkaan tai reagointi ei ole luontevaa tilanteeseen, voi häntä herätellä ravistelemalla voimakkaasti esimerkiksi olkapäistä. Ellei autettava herää tai reagoi edes voimakkaaseen ravisteluun, pidetään potilasta tajuttomana. (Alanen ym. 2016, 105.) Tajuttoman potilaan hoidossa varmistetaan peruselintoiminnot, diagnosoidaan yleisimmät tajuttomuuden syyt ja aloitetaan niiden hoito (Kallella ym. 2014).

Tajuttomuudella tarkoitetaan tajunnanhäiriön syntymistä joko valvekeskuksen tai aivokuorentoiminnan häiriöstä johtuen. Valvekeskusta stimuloivat aistielimistä sekä tuntoaistien kautta aivoihin tulevat impulssit, valvekeskus puolestaan suodataa impulssien kulkua aivokuorelle, jossa kognitiiviset toiminnot tapahtuvat. Normaalin tajunnantason edellytyksenä on, että nämä toiminnot tapahtuvat normaalisti. (Kuisma ym. 405-406.) Valtaosassa tapauksia on tajuttomuuden syy metabolinen tai toksinen ja loppuissa rakenteellinen kallonsisäinen. Metabolisia ja toksisia syitä ovat myrkytykset, hypoksia, iskemia,

hypo- tai hyperglykemia, nestetasapainon häiriöt ja yleisinfektiot. Kallonsisäisen vaurio voi syntyä paikallisesta syystä kuten traumasta, verenvuodosta, infarktista tai kasvaimesta tai laaja-alaisesta epäselvästä syystä kuten kohonneesta aivopaineesta. (Kallalla ym. 2014.)

5.1.1 Elottomuuden tunnistaminen ja hoito

Potilas määritellään elottomaksi, mikäli hän ei ole heräteltävissä eikä hengitä normaalisti. Elvytys aloitetaan painelu-puhalluselvytyksellä, ellei potilaalla ole luonnollisen kuoleman sallivaa päätöstä eli DNR -päätöstä. Elvytystä ei myöskään aloiteta, mikäli havaitaan ilmiselvät peruuttamattoman kuoleman merkit eli lautumat. (Elvytys: Käypä hoito -suositus, 2016.) Tässä opinnäytetyössä elvytystä ei käsitellä, sillä aihetta on rajattu käsittelemään elottomuuden toteamista ja toimintaa asukkaan kuollessa hoivakodissa.

Sydämen pysähtyessä ja ihmisen kuollessa alkavat toissijaisten eli sekundaaristen kuolemanmerkkien kehittyminen. Lautumat ovat ihon sinipunertavia värimuutoksia ja ne alkavat kehittymään ruumiin alaspäin oleviin osiin aikaisintaan 20 minuutin kuluttua verenkierron pysähtymisestä. Kuolonkankeudeksi kutsutaan kuoleman jälkeistä lihaksiston kangistumista. Se alkaa kehittyä kahden tunnin kuluttua kuolemasta, kun lihasten energiavarastot loppuvat. Jäykkyys havaitaan ensin leuassa ja kaulassa ja sitten yläraajoissa ja lopulta alaraajoissa. Ruumiin jäähtyminen alkaa heti kuoleman jälkeen, jäähtymisnopeus on 1°C tunnissa. Muita kuolemanmerkkejä ovat ruumiin kuivuminen, mätäneminen ja hajoaminen. (Kuisma ym. 2017, 330.)

Kuoleman voi todeta laillistettu tai luvan saanut lääkäri taikka laillistetun lääkärin tehtävää valtiolla, kunnalla tai kuntayhtymässä hoitava lääketieteen opiskelija (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 27/2004, 6 §). Kuolemansyyn selvittämisestä annetun lain (1973/459, 7 §) mukaan poliisin on suoritettava tutkinta, mikäli kuoleman ei tiedetä johtuneen sairaudesta, kun kuoleman on aiheuttanut rikos, tapaturma, itsemurha, myrkytys, ammattitauti tai hoitotoimenpide tai kun kuolema on muuten tapahtunut yllättävästi.

5.1.2 DNR -päätös

DNR-päätös tarkoittaa pidättäytymistä painelu -puhalluselvytyksestä, silloin kun on katsottu, ettei potilas siitä enää hyödy. DNR on yleisin käytössä oleva lyhenne, joka tulee

sanoista Do Not Resuscitate = älkää elvyttäkö. Käytössä on myös termit DNAR (do not attempt resuscitation = älkää yrittäkö elvytystä), AND (allow natural death = salli luonnollinen kuolema), sekä ER (ei resuskitoida). (Laine 2018.)

Elvyttämättäjäättämispäätöksen voi tehdä potilas itse, kirjaamalla sen hoitotahtoonsa, tai potilasta hoitava lääkäri. DNR-päätöstä tehdessä arvioidaan tarkasti aina potilaskohtaisesti, onko elvytyksestä potilaalle enemmän haittaa vai hyötyä. (Valvira 2019.) Usein DNR-päätös tehdään tilanteissa, joissa potilaan sairaus on edennyt loppuvaiheeseen tai joissa aktiivisilla nykylääketieteen hoitokeinoilla ei voida saavuttaa paranemista tai hänelle tehdään saattohoitopäätös. Saattohoitopäätöksellä rajataan usein muitakin tehottomaksi arvioituja hoitomuotoja, kuten teho- tai leikkaushoitoa. (Laine 2018.) Päätös ja sen voimassaolo tulee merkitä selkeästi potilasasiakirjoihin (Valvira 2019). Kun elottomuus havaitaan, tulee varmistaa, onko henkilöllä tiedossa olevaa DNR päätöstä. Mikäli tietoa ei selvästi ole kirjattuna tai nopeasti saatavilla, tulee potilasta elvyttää normaalin elvytysprotokollan mukaan, kunnes tieto on varmistunut. (Elvytys: Käypä hoito -suositus, 2016; Yleisradio 2016.)

DNR-päätöstä tehdessä potilaalle ja omaisille herää usein voimakkaita tunteita. DNR-päätöksen tarkoituksena on kuitenkin vähentää vaikeaa sairautta sairastavan potilaan elämän loppumiseen liittyvää kärsimystä. Vaikka viimekädessä lääketieteellisin perustein päätöksen tekeekin lääkäri, on hänen kirjattava potilaan ja omaisten näkemys asiasta hoitokertomukseen. (Laine 2018.)

5.1.3 Tajuttomuuden tunnistaminen ja hoito

Tajuttomuus on potilaan henkeä välittömästi uhkaava tila, jonka selvittely on aloitettava välittömästi. Tajuttomuuden hoito on suoraviivaista ja sen yleisperiaatteet ovat yksinkertaisia. Potilaan hoito aloitetaan varmistamalla peruselintoiminnot, jonka jälkeen mahdollisuuksien mukaan selvitetään tajuttomuuden syyt ja aloitetaan niiden hoito. Hoitotavoitteita ovat potilaan normaalin keuhkotuuletuksen varmistaminen, verenkiertojärjestelmän tilan stabilointi, liian korkean tai matalan verenpaineen välttäminen, normaali verensokeripitoisuus sekä normaali ruumiinlämpö. (Kallela ym. 2014.)

Verenkiertoperäinen syy pyörtymiselle tai lyhyelle tajuttomuudelle voi olla joko sydänperäinen, heijasteperäinen tai ylösnousuun liittyvä verenpaineen lasku. Liian hidas syke rytmihäiriössä aiheuttaa sydämen pumppaaman verimäärän pienenemisen, jonka seurauksena verenpaine laskee. Jos syke laskee nopeasti matalaksi tai sykkeessä on pitkiä

taukoja, voi syntyä tajunnanhäiriö. Kammiotakykardia on tavallisin tajuttomuuteen johtava rytmihäiriö. Myös lyhytkestoinen kammiovärinä voi aiheuttaa tajuttomuutta. Pitkään jatkuessa kammiovärinä johtaa sydänpysähdykseen ja äkkikuolemaan. Heijasteperäinen pyörtyminen johtuu jonkin ärsykkeen käynnistävästä heijasteesta, joka hidastaa sydämen sykettä ja/tai laajentaa verisuonia. Tästä seuraa verenpaineen lasku ja verenvirtauksen heikkeneminen aivoissa, joka johtaa pyörtymiseen. Ikääntyessä verenkierron säätelyjärjestelmän toiminta hidastuu, myös sairaudet ja useat lääkkeet vaikuttavat sen toimintaan. Ortostaattisessa hypotensiossa ylösnousun yhteydessä verenpaine laskee aiheuttaen heikotusta ja mahdollisesti pyörtymisen. Normaalisti ylös noustessa elimistön säätelyjärjestelmä nostaa sykettä ja supistaa verisuonia, jotta veri ei painuisi alaraajoihin ja verenpaine laskisi. Mikäli säätelyjärjestelmä ei toimi kunnolla, jäävät nämä puutteelliseksi ja seurauksena on verenpaineen lasku. (Hartikainen 2014.) Vanhuksen selittämättömyyden kaatumista selvittäessä on hyvä muistaa, että taustalla voi olla vakava sydänperäinen pyörtyminen (Raatikainen 2018).

Aivoperäisiä tajuttomuuden syitä ovat tyypillisesti esimerkiksi aivorungon infarkti ja verenvuoto. Tajunnantaso laskee kuitenkin näissä tapauksissa yleensä vain, jos kallon sisäinen paine kohoaa aivoturvotuksen vuoksi tai jos kyseessä vaurio on aivorungon alueella. Tajuttomalla potilaalla aivoverenkierron häiriöön viittaavat toispuoleiset löydökset, ellei tiedossa ole pään vammaa esimerkiksi kaatumisen seurauksena. (Kuisma ym. 2017, 410.)

Muistisanalla MIDAS voidaan palauttaa mieleen tajuttomuuden mahdollisia syitä. Kirjaimet muodostuvat sanoista meningiitti, intoksikaatio eli myrkytys, diabetes, anoksia eli hapenpuute sekä subduraalihakematooma. (Kallela & Lindsberg 2018.) Meningiitti tarkoittaa bakteerin tai viruksen aiheuttamaa aivokalvontulehdusta, jonka oireita ovat tyypillisesti sekavuus, päänsärky, korkea kuume ja tajunnanhäiriöt (Lumio 2019). Subduraalihakematoomaksi kutsutaan aivojen kovakalvon alaista verenvuotoa (Aivovammat: Käypä hoito –suositus, 2020).

Potilaan kohtaaminen aloitetaan aina puhuttelemalla ja/tai herättelemällä. Mikäli potilas ei herää puhutteluun, arvioidaan potilaan reagointi voimakkaaseen ravisteluun hartioista ja reaktio kivulle. Tajunnantason karkeassa arvioinnissa voidaan käyttää avuksi AVPU -kaavaa, joka on ensiarvioissa käyttökelpoisempi kuin GCS-pisteytys. AVPU muodostuu sanoista Alert (hereillä), Verbal (reaktio ääneen), Pain (reaktio kipuun) ja Unresponsive (ei reaktiota). Mikäli potilas ei reagoi herättelyyn eikä kipuun, on hän syvästi tajuton ja hätätilapotilas. Potilas tutkitaan aikaisemmin esiteltä ABCDE -protokollaa käyttäen

järjestelmällisesti. (Alanen ym. 2016, 21.) Tajunnantason laskiessa potilas on vaarassa menettää hengitysteiden suojaheijasteet ja voi näin ollen tukehtua hengitystietukokseen tai aspiroida eli vetää mahansisältöä hengitysteihinsä. Tajuton potilas käännetään kylki-asentoon ja ensiarvion yhteydessä varmistetaan, että potilaan hengitystiet pysyvät auki joko nostamalla potilaan alaleukaa ylöspäin, tai turvaamalla hengitysteiden auki pysyminen jollain muulla keinolla, esimerkiksi supraglottisella välineellä tai intubaatiolla. (Kuisma ym. 2017, 414.)

Ensiarviossa hengityksestä havainnoidaan happeutumisen ja ventilaation riittävyyttä. Potilaan kasvojen väri, hengitystyön määrä sekä hengitystaajuus toimivat mittareina hengityksen arviointiin. Verenkierron tilaa arvioidaan tunnustelemalla potilaan rannepulssi sekä määrittelemällä raajan lämpöraja sekä ihon mahdollinen hikisyys. On tärkeää huomioida potilaan mahdollinen nykiminen tai kouristelu. (Alanen ym. 2017, 22-23.) Mikäli potilas hengittää hyvin ja hänen rannesykkeensä on vahva, voidaan tilannetta arvioida tarkemmin. Tajunnantason määrittelemiseksi tutkitaan systemaattisesti potilaan vasteet silmien avaamiselle, liikkeelle sekä puheelle. Verensokeri määritetään pikamittarilla. Ensiarvion ja välittömien hoitotoimenpiteiden jälkeen pyritään selvittämään tajuttomuuden syy. (Kallela ym. 2018; Kuisma ym. 2017, 413.)

Välittömästi henkeä uhkaavia tajuttomuuden syitä ovat nopeasti etenevä kallonsisäinen tapahtuma, kohonnut aivopaine, tajuttomuus verenohennuslääkitystä käyttävällä potilaalla, kallonpohjavaltimon tukos ja bakteerimeningiitti. Vakavia oireita ovat nopeasti etenevä tajuttomuus, epäsymmetriset pupillit, puheen puuroutuminen, sekavuus sekä halvausoireet. Päänsärky ja oksentelu voivat olla oireita kohonneesta kallonsisäisestä paineesta. Kuume, niskajäykkyys, ihomuutokset (petekiat) ja kouristuskohtaukset voivat viitata bakteerimeningiittiin. (Kallela 2018.)

5.2 Kaatuminen

Kaatuminen voidaan määritellä tapahtumaksi, jossa henkilö loukkaa itsensä päätyessänsä tarkoituksettomasti lattialle, maahan, tai muuhun alemmalle tasolle. Kaatumiset aiheuttavat lievien vammojen lisäksi runsaasti vakavia ja pitkäkestoisia vammoja, kuten murtumia, nivelten sijoiltaan menoja ja päävammoja. (Tiirikainen 2009.)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen mukaan ikääntyneiden tapaturmat johtavat lähes 40 000 sairaalahoitojaksoon vuosittain. Tilastojen mukaan yleisin tapaturma on kaatuminen tai putoaminen. Yli 65-vuotiaista noin 30-40% kaatuu ainakin kerran vuodessa. Ikääntyessä reaktiokyky heikkenee ja hidastuu, joten kaatuessa syntyy herkemmin vammoja. Noin 10% iäkkäiden henkilöiden kaatumisista johtaa vakavaan vammaan, kuten reisiluun murtumaan. Yleensä vähäisimpinä vammoina kaatumisen seurauksena syntyy mustelmia. Tavallisia kaatumisen syitä ovat kompastuminen ja liukastuminen, perussairaudet ja niiden paheneminen sekä keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet. (Saarelma 2019.) Lihasmassan ja lihasvoiman pienentyminen, luuston haurastuminen sekä ääreisverenkierron heikkeneminen ja hengityselimistön kudoksen jäykistyminen ovat ikääntymiseen liittyviä fyysisiä muutoksia. Tasapainoaisti ja koordinaatiokyky heikkenevät, myös näössä ja kuulossa tapahtuu muutoksia. (Alanen ym. 2017, 250-251.) Pystyasentoon liittyvä verenpaineen lasku eli ortostaattinen hypotensio tarkoittaa verenpaineen laskua seisomaan noustessa. Ilmiö aiheuttaa huimausta ja lisää näin ollen riskiä kaatumiselle (Mustajoki 2019).

Kaatunutta vanhusta tutkitaan ensihoidossa kuten vammapotilasta. Vanhuspotilaan tutkimisessa on huomioitava kuitenkin iän mukanaan tuomat erityispiirteet. On otettava huomioon, että vanhuspotilaan pitkäaikaissairaudet vaikuttavat terveydentilaan ja toimintakykyyn. Yleisimpiä sairauksia ovat sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, muistisairaudet, mielenterveyden häiriöt, kasvaimet sekä diabetes. Monen lääkaineiden käyttäminen yhtäaikaaisesti aiheuttaa haitallisten yhteisvaikutusten riskin lisääntymistä. Tyypillisiä lääkaineiden aiheuttamia yhteisvaikutusten oireita vanhuspotilaalla voivat olla muistin heikkeneminen, sekavuus, huimaus, yleinen pahan olon tunne sekä jalkojen kantamattomuus. Tutkittaessa on huomioitava rauhallinen ja kunnioittava käytös, on kerrottava mitä tekee ja miksi sekä muistettava esittäytyminen ja teitittely. Vanhuksen iho on hauras ja saattaa rikkoutua pienestäkin raapaisusta, myös mustelmia syntyy herkästi. Vanhuksen keho lämpötila saattaa myös laskea herkästi, joten potilaan lämpötilaloudesta huolehtiminen tulee muistaa. (Kuisma ym. 2017, 682-684.) Huolellinen

anamneesin teko auttaa löytämään syyn kaatumiselle. On selvítettävä missä tilanteessa kaatuminen on tapahtunut, ja mitä muita oireita kaatumiseen liittynyt. Liittyviä oireita voivat olla muun muassa huimaus, virtsan alle meno, rintakipu tai kouristukset. On huomioitava vanhuksen terveydentilan muutokset viime aikoina, hänen käyttämänsä lääkkeet sekä ravitsemuksen tila. Tilanteessa paikalla olleita on syytä haastatella. (Salonoja 2018.)

Peruselintoiminnot tutkitaan ja havainnoidaan aiemmin esitetyn ABCDE -protokollan mukaisesti. Tämän jälkeen kaatunut potilas tutkitaan systemaattisesti päästä varpaisiin vammapotilaan tavoin. Tutkittaessa edetään seuraavassa järjestyksessä: rintakehä, vatsa, lantio, kallo, ranka ja raajat. Tämä järjestys perustuu niin sanottuun suurin uhka periaatteeseen. Rintakehästä tutkitaan ulkoiset vammanmerkit sekä arvioidaan hengitysliikkeiden symmetrisyys. Kylki- ja solisluu tunnustellaan sormin mahdollisten murtumien varalta. Vatsan alue tunnustellaan ja tarkastellaan ulkoisesti sisäelinten ja vatsaontelon sisäisen verenvuodon varalta. Tajuissaan olevalta potilaalta voi kysyä mahdollisista aristuksista ja kivuista. Yleensä lantiovamma syntyy suurienergisien onnettomuuksien jälkeen, kuitenkin vanhuksilla ja osteoporoosia sairastavilla riittää vammaan pienempi energia. Kliinisiä löydöksiä ovat turvotus ja ruhjeet, jalkojen pituuden tai asennon epäsuhta sekä harvoin neurologiset puutosoireet raajoissa. (Kuisma ym. 2017, 558-560.)

Lonkkamurtumaa käsittelevässä käypä hoito -suosituksessa todetaan, että lonkkamurtuma on vakava iäkkäiden kaatumisvamma. Merkittävä osa eli noin 20% murtumista tapahtuu tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa. (Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus. 2017.) Tutkimuksen (Haentjens ym. 2010) mukaan iäkkäillä on huomattavasti vertailuväestöä suurempi riski kuolla ensimmäisten kolmen kuukauden aikana lonkkamurtuman jälkeen.

6 ISBAR -RAPORTOINTIMENETELMÄ

ISBAR on strukturoitu konsultointi- ja raportointimenetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun, joka on otettu terveydenhuollon käyttöön ensimmäisen kerran Yhdysvalloissa 2000 -luvun alussa. Kansainvälisesti ISBAR -menetelmästä käytetään myös ilmaisua SBAR ja se on alun perin kehitetty 1990-luvulla Yhdysvaltain laivaston toimesta tukemaan, selkiyttämään ja varmistamaan kriittisen tiedon kulku ytimekkäästi. (Stewart & Hand 2017.)

SBAR:iin pohjautuva, Suomen terveydenhuollossa käytössä oleva ISBAR -menetelmä on kehitetty parantamaan erityisesti hoitajien ja lääkäreiden välistä viestintää konsultointi- ja raportointitilanteissa (Metsävainio & Tamminen 2015). Kansainvälinen SBAR menetelmä on yksi terveydenhuollon tutkituimmista viestinnän muistisäännöistä. Syynä tähän on todennäköisesti se, että jopa 65% terveydenhuollon raportoiduista haittatapahtumista johtuu puutteellisesta tiedonkulusta. (Metsävainio & Tamminen 2015.) Laajojen kirjallisuuskatsausten perusteella on voitu osoittaa, että strukturoitu raportointijärjestelmä on tehokas apuväline potilasturvallisuuden parantamisen kannalta (Stewart & Hand 2017).

ISBAR on lyhenne sanoista Identify, Situation, Background, Assessment ja Recommendation. Suomeksi sanat ovat käännetty Tunnista, Tilanne, Taustatiedot, Arvio ja Toimintaehdotus. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suosituksen, että erityisesti ensihoidon ja päivystyksen rajapinnassa olisi erittäin suositeltua käyttää ISBAR:in kaltaista muistilistaa raportoinnin tukena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Päivystyspotilasta voidaan osittain verrata kirurgiseen potilaaseen siinä määrin, että molempien kohdalla suhteellisen lyhyessä ajassa hoitovastuu siirtyy useita kertoja ja näin ollen nämä potilaat ovat erityisen alttiita tiedonkulussa tapahtuviin virheisiin eri hoitovaiheissa (Metsävainio & Tamminen 2015).

ISBAR raportoinnin tavoitteena on suullisen tiedon välittyminen järjestelmällisesti ja tiedon täsmentäminen eri ammattiryhmien ja yksiköiden kesken (Ervast 2013). ISBAR raportointia tulisi hyödyntää niin, että sitä voidaan käyttää kaikissa terveydenhuollon ympäristöissä kaikkien ammattiryhmien kesken. Useissa terveydenhuollon toimipisteissä on ryhdytty kehittämään oman yksikön toimintaan sopivia tarkistus- ja raportointilistoja. (Blomgren & Pauniahö 2014.)

Tarkistuslistat auttavat muistamaan tärkeät yksityiskohdat, mutta tukee myös ei-tekniisiä taitoja. Systemaattisen menetelmän käyttäminen kehittää kuuntelemista, tiedon jakamista, parantaa keskittymistä, sekä auttaa ryhmähengen luomisessa. (Blomgren & Pauniahho 2014.) Erityisesti hoivakotiympäristössä, jossa hätätilanteet ja niihin liittyvä raportointi on harvinaisempaa, hyödytään strukturoidun tarkistuslistojen käytöstä suuresti (Ilvander 2019). Tarkistuslistan käyttö luo edellä mainittujen hyötyjen lisäksi myös turvallisuuden tunnetta työntekijälle (Blomgren & Pauniahho 2014). Tutkimusten mukaan systemaattisesti käytetty SBAR raportointi nopeutti raportin antamista ja sen sisältö oli huomattavasti järjestelmällisempää sekä osalliset keskittyivät raporttiin paremmin. Tutkimustulosten myötä voidaan ajatella, että myös hoivakotiympäristössä hätätilanteissa konsultaatio ja raportointi olisi sujuvampaa. (Cornell ym. 2014.) Varsinkin päivystysaikana laadukkaan ja järjestelmällisen konsultaation merkitys korostuu, jotta osataan hyödyntää terveydenhuollon resursseja järkevästi (Louhimo 2019).

7 OPINNÄYTETYÖN TOIMINNALLINEN OSUUS

Toiminnallisessa opinnäytetyössä keskeisessä asemassa on opiskelijan tekemä tuotos. Tuotoksella voidaan tarkoittaa esimerkiksi mallia, opasta, esitettä tai perehdytyskansiota. Tähän tuotokseen tähtäävä toiminta edellyttää eri vaiheissa mukana olevia toimijoita. Opinnäytetyön eri vaiheet etenevät näiden toimijoiden kanssa dialogisessa vuorovaikutussuhteessa. Tällä tarkoitetaan keskustelua, arviointia, vertaistukea sekä palautteen antoa ja vastaanottoa. (Salonen 2013.) Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan ammatillisesti käytännön toiminnan ohjeistamista tai opastamista. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on olla työelämälähtöinen. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.)

Ensimmäinen vaihe opinnäytetyöprojektissa oli ideointivaihe. Ideointivaihe on projektin onnistumisen kannalta keskeinen ja se määrittelee projektin tarpeet ja tavoitteet. Se sisältää etukäteissuunnittelua, aiheen rajausta sekä viitekehyksen laatimista. (Kymäläinen yms. 2016, 13-15.) Opinnäytetyön aiheeksi valittiin hätätilanteet hoivakodissa. Jo alusta alkaen oli selvää, että työ tulee olemaan toiminnallinen. Pohdinnan jälkeen päädyttiin tekemään toimintaohjekortit sekä järjestämään niihin liittyvä koulutus yksityisen hoivakodin henkilökunnalle. Idea työlle syntyi tekijöiden pohtiessa omia kokemuksia niin ensihoidossa kuin hoivakodissa työskentelystä. Omien kokemusten perusteella oli herännyt ajatus tällaisen työn tarpeellisuudesta.

Useat ensihoidon tehtävät kohdistuvat erilaisiin palveluasumisen yksiköihin (Korkiakangas ym. 2014). Näissä yksiköissä työskentelevän yksittäisen hoitajan näkökulmasta hätätilanteet tai yhteistyö ensihoidon kanssa ei kuitenkaan ole päivittäistä tai rutiininomaista. Tätä ensihoidon ja hoivakotien henkilökunnan yhteistyötä haluttiin lähteä kehittämään. Toimintaohjekortteja on yleisesti käytössä esimerkiksi sairaaloiden leikkausosastoilla (Ikonen & Pauniahho 2010, 108). Tehdyt toimintaohjekortit on tarkoitettu muistin ja toiminnan tueksi tilanteissa, jotka voivat olla harvinaisia tai yllättäviä.

Aiheen varmistuttua aloitettiin projektin seuraava vaihe, eli suunnittelu. Kun aihe oli valittu ja toiminnallisen osuuden toteuttamistapa selvillä, alettiin pohtia mahdollista yhteistyökumppania. Molemmilla oli kontakteja yksityisiin hoivakoteihin niin ystävyys-suhteiden kuin työnkin puolesta. Päädyttiin ottamaan yhteyttä Attendon hoivakotiin Kaarinassa. Attendo Katarinanpuiston johtaja sekä vastaava sairaanhoitaja olivat alusta alkaen innostuneita ja kiinnostuneita lähtemään mukaan yhteistyöhön. Aihe sekä työn toteutus käytiin läpi ensimmäisessä tapaamisessa, sisältöä rajattiin hoivakodin tarpeiden ja toiveiden

mukaisesti. Koko projektin ajan on toimittu hyvässä yhteistyössä hoivakodin edustajan kanssa, myös vuorovaikutus on ollut sujuvaa. Suunnittelu eteni aikataulun mukaisesti, aluksi keskityttiin keräämään materiaalia teoreettista viitekehystä varten. Tämän jälkeen siirryttiin luonnostelemaan opinnäytetyön rakennetta sekä toimintaohjekorttien ulkoasua ja sisältöä. Toimintaohjekorteista haluttiin yksinkertaiset, selkeät ja helposti luettavat, joten niiden suunnittelu tulisi tehdä huolellisesti. Tässä vaiheessa sisältöön tuli vielä muutoksia ja tarkennuksia.

Ulkoasua pohdittaessa oli otettava huomioon hyvän ohjekortin laatukriteerit ja tunnusmerkit. Tärkeimmät ominaisuudet hyvälle ohjekortille tai tarkistuslistalle ovat johdonmukaisuus, selkeys ja suoraviivaisuus. On tärkeää kiinnittää huomiota myös fonttiin, fontin kokoon sekä aseteluun. (Verdaasdok 2007.) Toimintaohjekortit haluttiin toteuttaa kaksipuolisina. Kokeilujen ja testikorttien tulostaminen jälkeen kooksi valikoitui A5 eli 148 cm x 210 cm. Toimintaohjekortit pinnoitettaisiin, jotta ne kestäisivät käyttöä ja olisivat tukevat käsitellä. Keskustelut painotalon edustajan kanssa johtivat siihen, että päädyttiin synteettisen paperimateriaalin käyttöön. Aiheet jaettiin jokainen omalle toimintaohjekortille, joten jokaisesta aiheesta tuli yksi kaksipuoleinen kortti. Jokaisella toimintaohjekortilla on oma värinsä helpottamaan ja selkiyttämään käyttöä.

Toimintaohjekorttien valmistuttua toimitettiin ne hoivakodin johtajalle, samalla annettiin myös koulutusmateriaali heidän käyttöönsä. Koska alun perin suunniteltua koulutusta ei voitu järjestää Covid-19 -pandemian aiheuttamien rajoitusten takia, suunniteltiin koulutuspäiville korvaava menetelmä. Hoivakodin käyttöön tehtiin PowerPoint -koulutusmateriaali, jossa on käyty yksityiskohtaisemmin läpi toimintaohjekorttien sisältöä ja teoreettiseen viitekehykseen perustuvaa teorial tietoa. Koulutusmateriaali haluttiin selkeäksi ja hyvin ymmärrettäväksi. Muun muassa raportointia havainnollistettiin selkeiden esimerkkilauseiden avulla. Tarkoituksena oli, että hoivakodin henkilöstö järjestäisi toimintaohjekorttien käyttöä tukevan koulutuksen itsenäisesti haluamallaan tavalla tätä materiaalia hyödyntäen.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tämän opinnäytetyön jokaisessa työvaiheessa on toimittu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatiman ohjeen mukaisesti opinnäytetyötä on tehty rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen. Opinnäytetyön tiedonhaussa on huomioitu lähteiden eettisyys ja luotettavuus. Lähteiden käytössä on huomioitu kunnioittava käytös muiden tutkijoiden tekemää työtä kohtaan ja heidän työnsä on tuotu esiin asianmukaisin viittauksin ja lähdemerkinnöin. (TENK 2012, 6-7.)

Opinnäytetyön lähteitä valittaessa on toimittu lähdekriittisesti ja materiaaliksi valittiin teoksia, artikkeleita ja julkaisuja luotettavista lähteistä. Lähdemateriaalin valinnassa pyrittiin valitsemaan mahdollisimman tuoreita lähteitä. Tuoreiden lähteiden käyttö lisää työn luotettavuutta ja tieto on ajantasaista. Tiedonhaussa on käytetty apuna kansainvälisiä terveysalan tietokantoja, kuten Cinahl complete ja PubMed. Lisäksi on hyödynnetty alan kirjallisuutta ja internetissä saatavilla olevia julkaisuja. Saman aihepiirin materiaaleja on valittu tarkasteltaviksi niin kotimaisista kuin ulkomaisistakin lähteistä mahdollisimman laajan ja luotettavan tiedon välittämiseksi. Lähdemateriaalia tutkittaessa on otettu huomioon sisällön eettisyys perustuen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ohjeistuksiin. Työn laadukkuuden lisäämiseksi on kirjallisen materiaalin tukena käytetty myös haastatteluita ja keskusteluita, joita on käyty hoivakodin johtajan ja vastaavan sairaanhoitajan kanssa puhelimitse, sähköpostitse ja kasvotusten. Haastatteluiden ja keskusteluiden avulla saatiin varmuutta siihen, että opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet toteutuvat ja että työ palvelee toimeksiantajaa mahdollisimman hyvin.

Opinnäytetyössä ei käsitelty henkilötietoja, eikä käytetty tutkimuslupia vaativia menetelmiä. Opinnäytetyön tuotteena valmistetut toimintaohjekortit, sekä niiden tueksi tehty koulutusmateriaali ovat laadukkaasti tuotettu. Toimintaohjekorttien ja koulutusmateriaalin ulkoasu välittävät ammattimaista ja luotettavaa näkökulmaa. Niin koulutusmateriaalin sisällön, kuin opinnäytetyön teoreettisen tiedon perustana on käytetty voimassa olevia hoito-ohjeita ja suosituksia. Koko opinnäytetyöprosessi on tehty rehellisyyttä noudattaen. Työ missään vaiheessa ei ole tehty vilppiä. Tieteellisessä toiminnassa vilpillä tarkoitetaan muun muassa plagiointia, tiedon vääristämistä tai anastamista. Opinnäytetyö missään vaiheessa ei muutoinkaan ole menetelty vastuuttomasti. (TENK 2012, 8-9.)

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda ensihoidossa käytettäviä toimintaohjekortteja hoivakodin henkilöstön käyttöön. Tavoitteena oli, että toimintaohjekortteja käyttämällä yksittäinen hoivakodin hoitaja saa tukea hätätilanteissa toimimiseen. Toisena tavoitteena oli parantaa hoivakodin ja ensihoidon yhteistyötä hätätilanteissa. Opinnäytetyöprojektissa onnistuttiin omasta mielestä hyvin. Kiinnostavan aiheen valinta on suuressa osassa projektin mielekkyyttä ja avain sen onnistumiseen. Aiheenvalinta oli alusta alkaen molemmille tekijöille tärkeä. Se, että opinnäytetyön luonteeksi valikoitui toiminnallinen opinnäytetyö, oli erittäin selkeä valinta jo ennen lopullisen aiheen valitsemista. Työhön löytyi molempien tekijöiden mielestä aihe, joka koettiin mielekkääksi ja tärkeäksi. Yhtenä tavoitteena aiheenvalinnassa oli se, että opinnäytetyöstä saataisiin konkreettista apua hoitotyöhön.

Tämän opinnäytetyön ansiosta hyötyviä osapuolia on useampia. Hoivakodin ja ensihoidon väliset erot ja mahdollisuudet, eteenkin hätätilanteissa toimimiseen, ovat valtavat. Ensihoidon käytössä ovat nykyaikaiset ja monipuoliset tutkimusvälineet, kun hoivakodissa välineistö on samalla tasolla, kuin kenen tahansa kansalaisen kotona. Ensihoidossa nämä rajalliset hoito- ja tutkimusmahdollisuudet saattavat ajoittain unohtua, joten tämän opinnäytetyön avulla on haluttu tuoda myös ensihoidon tietoisuuteen sitä, että hätätilanteet ovat hoivakodissa harvinaisia ja niiden hoitamiseksi on suhteellisen rajatut mahdollisuudet. Toisaalta opinnäytetyön ja toimintaohjekorttien avulla pystytään tukemaan hoivakodin henkilöstön toimintaa hätätilanteissa, joka edelleen helpottaa potilaan hoitamista ensihoidon tai päivystyksen osalta.

Molempien tekijöiden mielestä opinnäytetyöprojekti oli mielenkiintoinen ja opettavainen. Aikataulu työn toteuttamiseksi suunniteltiin tarkasti kokonaisuutta ajatellen. Vuoden 2020 alusta alkanut kansainvälinen Covid-19 -pandemia vaikutti ja hankaloitti merkittävästi opinnäytetyön toiminnallisen osuuden toteuttamista ja aiheutti suunnitelmiin muutoksia. Pandemian myötä mm. ulkopuolisten vierailu hoivakodissa ei ollut mahdollista, ja täten myös koulutuksen järjestäminen piti suunnitella uudelleen. Hoivakodin henkilöstölle päätettiin tuottaa Powerpoint -koulutusmateriaali, jonka avulla voidaan tukea toimintaohjekorttien käyttöönottoa, kuten alkuperäisenkin koulutuksen tarkoitus oli.

Opinnäytetyön tuotteena toteutetut toimintaohjekortit päätettiin viimeistellä ja tulostaa paikallisessa painotalossa ammattilaisen avulla. Toimintaohjekorttien tulostamisesta

painotalossa aiheutui tekijöille yhteensä noin 30 euron kustannukset. Jo suunnitteluvaiheessa kustannuksiin oli varauduttu, joten yllättäviä tekijöitä ei sen osalta opinnäytetyöprojektin aikana tullut.

Hoivakodin työntekijöille on tarjottu koulutusmateriaalin ja toimintaohjekorttien myötä hyvät avaimet hätätilanteissa toimimiseksi ja näin ollen myös ensihoidon ja päivystyksen kanssa toimiminen selkiytyy ja toimintamalleista tulee yhdenmukaisia. Tämä sujuvoittaa ammatillista yhteistyötä, parantaa potilasturvallisuutta sekä osaltaan turvaa potilaan hoidon jatkuvuutta. Koulutusmateriaalia voidaan mahdollisesti käyttää jatkossa myös osana uusien työntekijöiden perehdytystä.

Tekijöiden näkökulmasta voidaan nähdä, että opinnäytetyöstä voi olla konkreettinen hyöty myös muille Attendo Katarinanpuiston kaltaisille hoivapalveluiden tuottajille. Korttien sisältö ei ole sidottu vain toimeksiantajan ohjeistuksiin, vaan pienillä sisällön muutoksilla toimintaohjekorttien ja niihin syventävän koulutusmateriaalin jakaminen voisi olla helposti toteutettavissa useille eri palveluntuottajille ja hoitolaitoksille.

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Kaarinassa toimiva yksityinen hoivakoti Attendo Katarinanpuisto. Henkilökunnalta saatu palaute korteista oli positiivista ja ohjeet koettiin erittäin selkeinä. Palautteen mukaan kortit ovat helposti luettavissa ja niihin on koottu tärkeä informaatio selkeästi. Henkilökunta koki, että kokonaisuudessaan kortit olivat hyvä ja tiivis paketti, josta löytää vastaukset nopeasti. Ne ohjaavat toimintaa eteenpäin epävarmoissa tilanteissa. Korteja tullaan säilyttämään hoivakodin kanslian seinällä, jossa ne ovat helposti saatavilla. Koulutusmateriaalin havainnollistavat esimerkit koettiin erityisen hyödyllisiksi, ne helpottivat ja konkretisoivat korttien käyttöä.

LÄHTEET

Aivovammat 2020. Käypä hoito –suositus. Viitattu 22.5.2020. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi18020>

Alanen, P.; Jormakka, J.; Kosonen, A.; Saikko, S.; Hanste, S. & Meriläinen, K. 2016. Oireista työdiagnoosiin – Ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Blomgren, K & Pauniahio, S. 2014. Terveystenhuollon tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, L & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim

Cornell, P.; Townsend Gervis, M.; Vardaman, J. & Yates, L. 2014. Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. Medsurg Nursing 5/2014, 334-342.

Elvytys 2016. Eettiset perusteet. Käypä hoito. Viitattu 27.2.2020. https://www.kaypa-hoito.fi/hoi17010#s12_1

Ervast, M. 2013. ISBAR, suullisen raportoinnin potilasturvallisuustyökalu. Anestesiahoitotyön käsikirja. Terveysportti. Viitattu 26.2.2020. <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti>

Grove, E.; Løfgre, B.; Rohde, C.; Thim, T. & Vinther Krarup, N. 2012. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. International Journal of General Medicine 5/2012, 117-121. Viitattu 2.3.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374/pdf/ijgm-5-117.pdf>

Ikonen, S. & Pauniahio, S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnanest. http://www.finnanest.fi/files/ikonen_leikkaustiimin.pdf

Ilvander, M. Hoivakodin johtaja. Attendo Katarinanpuisto. Haastattelu 15.11.2019

Kallela, M.; Häppölä, O. & Eriksson, H. 2014. Tajuttomuus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 4/2014, 368-382.

Kallela, M. & Lindsberg, P. 2018. Tajuton potilas. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 20.2.2020. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00870/search/tajuttomuus>

Korkiakangas, E. & Vanhanen, M. 2014. Eheä elämän ehto – Akuuttilanteet ikääntyneen hoitotyössä. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 30/2014. Viitattu 2.3.2020. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-111-1>

Kuisma, M.; Holmström, P.; Nurmi, J.; Porthan, K.; Taskinen, T. & Ahlskog-Karhu, M. 2017. Ensihoito. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuntaliitto 2017. Asumispalvelut ja laitoshoido. Viitattu 16.5.2020. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/sosiaali- ja terveysministeriö>

Kurola, J.; Ilkka, L.; Ekstrand, A.; Laukkanen-Nevala, P.; Olkinuora, A.; Pappinen, J.; Riihimäki, J.; Silfast, T. & Virkkunen, J. 2016. Loppuraportti. Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.5.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79069/Rap_2016_67.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kymäläinen, H-R.; Lakkala, M.; Carcver, E. & Kamppari, K. 2016. Opas projektityöskentelyyn. Tieteestä toimintaa -verkoston julkaisu. Helsingin yliopisto. Viitattu 14.4.2020. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160099/Opas_projektityöskentelyyn_2016.pdf?sequence=1

Laine, H. 2018. DNR-päätös. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.2.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01180&p_haku=sana=dnr

Laitinen, R.; Haukilahti, R-L.; Goebeler, S. & Kauppila, R. 2013. Kuoleman toteaminen ja vainajien säilytyskäytännöt – Kysely Suomen terveydenhuollon toimintayksiköihin sekä vammais- ja vanhustenhoitolaitoksiin helmikuussa 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 36/2013. Viitattu 19.2.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110775/URN_ISBN_978-952-302-019-1.pdf?sequence=1

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980. Annettu Helsingissä 28.12.2012. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1973/459. Annettu Helsingissä 1.6.1973. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730459>

Lonkkamurtuma 2017. Epidemiologia. Käypä hoito. Viitattu 4.3.2020. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50040#s5>

Louhimo, J. 2019. Onnistunut konsultaatio – potilaan parhaaksi! Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 5/2019, 486-490.

Lumio, J. 2019. Aivokalvotulehdus (meningiitti) aikuisilla. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 22.5.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00558#s2

Metsävainio, K-M & Tamminen, J. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Finnanest 4/2015, 338-343.

Mustajoki, P. 2019. Matala verenpaine. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.3.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00300

Raatikainen, P. 2018. Synkopen syyt ja selvittely. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 20.2.2020. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00105/search/synkopen%20syyt>

Saarelma, O. Kaatuileva vanhus. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.3.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00760

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön - opas opiskelijoille, opettajille ja tukihenkilöstölle. Julkaisussa puheenvuoroja 72. Turun ammattikorkeakoulu. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Salonoja, M. 2018. Kaatuileva vanhus. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 4.3.2020. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00539&p_haku=kaatuileva%20vanhus

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Kuoleman toteamista koskeva opas on kumottu vanhentuneena - uutta lainsäädäntöä valmistellaan. Viitattu 19.2.2020. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuoleman-toteamista-koskeva-opas-on-kumottu-vanhentuneena-uutta-lainsaadantoa-valmistellaan

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä, suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 7/2014, 57. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3489-4>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Ensihoito. Viitattu 16.5.2020. <https://stm.fi/ensihoito>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 27/2004. Annettu Helsingissä 9.1.2004. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027>

Stewart, K. & Hand, K. 2017. SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. Medsurg Nursing 5/2017, 297-305.

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 6.5.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. Ikääntyneiden tapaturmatilastot. Viitattu 4.3.2020. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/ikaantyneiden-tapaturmat/ikaantyneiden-tapaturmatilastot>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018. Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2018. Viitattu 16.5.2020. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut>

Terveydenhuoltolaki 2017/585. Annettu Helsingissä 24.8.2017. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170585>

Tiirikainen, K. (toim.) 2009. Tapaturmat Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Edita.

Valvira 2019. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 27.2.2020. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito



Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2019. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoidon palvelutasopäätös ajalle 1.1.2020-31.12.2020. Viitattu 6.5.2020. <http://www.vsshp.fi/fi/ammattilaisille/ensihoito/Documents/ensihoidon-palvelutasopaatos.pdf>

Verdaasdonk, E.; Stassen, L.; Widhiasmara P. & Dankelman, J. 2007. Requirements for the design and implementation of checklists for surgical processes. Viitattu 14.4.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18636292>

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö: Ohjaajan opas. Helsinki: Tammi.

Yleisradio 2016. Potilaita elvytetään vastoin heidän tahtoaan: Hoitajat eivät aina tiedä asiakkaan tekemästä elvytyskiellosta. Viitattu 3.3.2020. <https://yle.fi/uutiset/3-9324775>

Liite 1. Toimintaohjekortit

ELOTTOMUUS		
POTILAS EI REAGOI PUHEESEEN EIKÄ OLE HERÄTELTÄVISSÄ → PYYDÄ LISÄAPUA → AVAA HENGITYSTIET NOSTAMALLA LEUKAA YLÖSPÄIN JA PAINAMALLA OTSASTA → HENGITTÄÄKÖ POTILAS NORMAALISTI?		
EI	EI	KYLLÄ
<ul style="list-style-type: none"> potilaalla on DNR- tai saattohoitopäätös tehtynä selvät sekundääriset kuolemanmerkit 	<ul style="list-style-type: none"> potilaalla EI ole DNR-päätöstä tai et ole varma hoidonrajoituksista SOITA 112 ja aloita peruselvytys	SOITA 112 <ul style="list-style-type: none"> asetta potilas kylkiasentoon tarkkaile tilannetta avun saapumiseen saakka älä jätä potilasta yksin
 <ul style="list-style-type: none"> odota hetki ja varmistu elottomuudesta poliiseja ei tarvita paikalle 	<ul style="list-style-type: none"> asetta puhelimen kaiutin päälle noudata hätäkeskuksen antamia ohjeita jatka elvytystä kunnes ensihoito saapuu paikalle tai toisin ohjeistetaan 	Huolehdi mahdollisuuksien mukaan oven avaamisesta ensihoidolle
		© H. Kastman & M. Ollikainen

ELOTTOMUUS
KUN ASUKKAAN ELOTTOMUUS ON VARMISTETTU TAI ELVYTYS LOPETETTU TULOKSETTOMANA <ul style="list-style-type: none"> Mikäli ensihoito paikalla, selvittää ensihoito poliisin tarpeellisuuden Jos asukkaalla on tehty DNR tai saattohoitopäätös ei poliiseja tarvita paikalle OTA YHTEYTTÄ VAINAJAN OMAISIIN <ul style="list-style-type: none"> Huomioi yöaikaan mitä omaisten kanssa sovittu kuolemasta ilmoittamisesta Kysy tulevatko omaiset hoivakotiin katsomaan vainajaa ILMOITA TEKSTIViestITSE HOIVAKODIN JOHTAJALLE SOVI VAINAJAN KULJETUS HAUTAUSTOIMISTON KANSSA <ul style="list-style-type: none"> Ota huomioon, mikäli ennalta sovittuja toiveita tietyn hautaustoimiston käytöstä VAINAJAN LAITTO <ul style="list-style-type: none"> Yöllä voit tarvittaessa odottaa, että saat apua vainajan laittoon aamuvuorolaisista Huolehdi huone siistiksi ja avaa ikkuna Vainajan laittoon tarvittavat tavarat, exitus setti ja lakanat löytyvät varastosta. Muista henkilötietoranneke. HAUTAUSTOIMISTO KULJETTAA VAINAJAN KUOLEMAN TOTEAMISTA VARTEN ASUKKAAN OMAAN TERVEYSKESKUKSEEN TAI TYKS AKUUTTIIN

KAATUMINEN

- Muodosta **kokonaiskuva** tilanteesta, miten ja miksi potilas on kaatunut ja onko siihen liittynyt jotakin oireita
- **Vammojen vakavuus** tulisi selvittää mahdollisimman nopeasti
- läkkään potilaan ollessa kyseessä, tulee huomioida **lisääntynyt murtumariski**
- Potilaan on tärkeää päästä heti sairaalahoitoon mikäli epäilet **vammaa pään** tai **selkärangan** alueella, **sisäistä verenvuotoa**, **murtumaa** tai **kaatumiseen on liittynyt** edeltävästi **sydänoireita**, **huimausta** tai **tajunnantason häiriötä**

- varmista hengitystiet ja turvaa potilaan elintoiminnot
- soita 112 mikäli potilas tarvitsee kiireellistä hoitoa
- tyrehtyä runsaasti vuotavat haavat
- tutki kaatunut potilas kaksin käsin tunnustelemalla RiVaAiSeRa muistisääntöä hyödyntäen, huomioi mahdolliset ruhjeet, mustelmat, aristavat kohdat ja kipu

MURTUMAAN VIITTAAVAT LÖYDÖKSET

- Kipu, jäykkyys ja turvotus
- Virheasennot
- Lonkkamurtumassa jalkojen pituusero sekä jalan rotaatio

PÄÄN VAMMAAN VIITTAAVAT LÖYDÖKSET

- Tajunnan tason muutokset
- Vaikeus ymmärtää puhetta
- Aistihäiriöt
- Neurologiset puutosoireet

Vammamekanismi huomioiden muista kaularankavamman mahdollisuus ja tuenta

Arvioi sairaalahoidon ja kiireellisyyden tarve, mikäli olet epävarma voit hyvin konsultoida mahdollista jatkohoitopaikkaa asian selvittämiseksi



© H. Kastman & M. Ollikainen

KAATUMINEN

RiVaAiSeRa –MUISTISÄÄNTÖ VAMMAPOTILAAN TUTKIMISEEN

Rintakehä

Tutkitaan tarkastamalla mahdolliset ulkoiset vammanmerkit, seuraamalla hengitysliikkeitä (symmetrisyys) ja kuuntelemalla hengityssään. Rintakehän stabiliteetti ja mahdolliset aristukset tutkitaan käsin tunnustelemalla. Myös kylki- ja solisluut sekä rintalasta tunnustellaan mahdollisten murtumien löytämiseksi.

Vatsa

Tutkiminen pitää sisällään ulkoisen tarkastelun ja tunnustelun. Potilaalta voidaan kysyä mahdollisia aristuskohtia vatsan aluetta paineltaessa.

Aivot (kallo)

Päähän kohdistuneen iskun seurauksena voi vakavimmillaan olla aivovamma. Tajunnantason lasku ja siihen liittyvät neurologiset puutosoireet voivat kertoa sen olemassaolosta. Kallon ja kasvojen alueen luiset rakenteet on hyvä tunnustella mahdollisten murtumalinjojen ja luurikkojen varalta. Molemmipuoliset silmänalustusmustelmat voivat viitata kallonpohjan murtumaan.

Selkäranka

Mahdollisen selkärankavamman saaneelta potilaalta etsitään aristuksia ja murtumalinjoja rangan alueelta. Selkäranka tunnustellaan sormin ja huomiota kiinnitetään erityisesti virheasentoihin. Potilaalta voidaan kysyä kivuista ja neurologisista puutosoireista (puutuminen, pistely ja lihasvoimien heikkous). Potilasta pyydetään liikuttamaan raajoja liikerajoitteet huomioiden. Raajojen ihotunto testataan karkeasti. Vaikka rankavamma onkin yleensä seurasta suurenergisestä vammasta, on huomioitavaa että iäkkäillä potilailla sen aiheuttamiseen riittää pienempikin vamma.

Raajat

Tutkittaessa kiinnitetään huomiota ulkoisiin vuotoihin, virheasentoihin, ihorikkoihin ja raajojen toimintaan. Raajat tunnustellaan varovasti murtumien löytämiseksi. Vammautuneesta raajasta arvioidaan ääriosien sykkeen tuntuminen ja lämpötila jo alkuvaiheessa, mikäli sykkeitä ei löydetä, potilas tarvitsee saada hyvin nopeasti sairaalahoitoon. Lantiovammaan voivat viitata ruhjeet ja turvotus lantion seudussa, jalkojen pituuden tai asennon poikkeavuudet, neurologiset puutosoireet raajoissa tai epäselvä matala verenpaine (vuotosokki). Potilaalta kysytään kivuista.


ISBAR -RAPORTOINTIKORTTI	
I - IDENTIFY tunnista	<ul style="list-style-type: none"> Kerro nimesi, ammattisi ja mistä soitat Potilaan nimi, ikä ja henkilöturvautunnus
S- SITUATION tilanne	<ul style="list-style-type: none"> Raportoinnin tai konsultoinnin syy
B - BACKGROUND tausta	<ul style="list-style-type: none"> Potilaan tiedossa olevat sairaudet, diagnoosit, lääkitys Mahdollinen tartuntavaara ja eristystarve Tiedossa olevat hoitolinjaukset
A - ASSESMENT nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> Tieto potilaan elintoiminnoista Oleelliset tiedot potilaan nykytilanteesta <ul style="list-style-type: none"> mitatut arvot vammalöydökset annettu hoito ja sen vaikutus
R- RECOMMENDATION ehdotus	<ul style="list-style-type: none"> Ehdota jatkosuunnitelmaa Sovi hoito-ohjeista Varmista, että molemmat osapuolet ovat ymmärtäneet asian ja ovat samaa mieltä Onko kysyttävää




TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES



OHJEITA RAPORTOINTIIN
<ul style="list-style-type: none"> Puhu rauhallisella ja selkeällä äänellä Varmista että olet ymmärtänyt, toista saamasi ohjeet Varmista etukäteen että sinulla on tarvittavat tiedot saatavilla potilaasta. Tulosta tiedot valmiiksi ensihoitoa tai jatkohoitoa varten. <ul style="list-style-type: none"> Perussairaudet ja diagnoosit Läkelista Mahdolliset hoidonlinjaukset/-rajaukset Huomio seuraavien tietojen ajantasaisuus ja varmista siirtyminen kaikkien hoitoyksiköiden tietoon <ul style="list-style-type: none"> Ajantasainen toimintakyky Ajantasainen lääkitys Tämänhetkisen tilan oireet ja vitaletoiminnot (ABCD -kaavan mukaisesti) Ravitsemus Erittäminen Viimeaikaiset sairaalahoidot ja toimenpiteet Lähiomainen, yhteystiedot ja tieto onko ilmoitettu, lähettävän yksikön yhteystiedot



TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES



ABCDE -TILANNEARVIO

Tilannearvio tehdään muutamassa minuutissa ja se toistetaan tarvittaessa. Et tarvitse välineitä sen tekemiseen vaan omat kädet ja havainnointi riittävät. Tavoitteena on tunnistaa potilaan vointia kriittisesti uhkaavat tilat. Huomata poikkeamat hengityksessä ja verenkierrossa sekä tehdä karkea arvio tajunnantasosta. ABCDE –muistisääntö auttaa muistamaan järjestyksen.



ILMATIET (AIRWAYS)

Tarkista hengitys! Avaa tarvittaessa ilmatiet kohottamalla leukaa ja painamalla otsasta. Mikäli potilas ei hengitä, aloita PPE.



HENGITYS (BREATHING)

Tarkkaile hengitystyötä! Pystyykö potilas puhumaan sanoja tai lauseita?

- SpO₂ jos mahdollista
- Laske hengitystaajuus
- Havainnoi; onko apuhengityslihaksa käytössä, onko potilaan iho kalpea tai limakalvot siniset?



VERENKIERTO (CIRCULATION)

Tunnustele syke ranne- tai kaulavaltimosta ja laske syketaajuus. Onko syke tasainen? Ihon tunnustelu; lämpörajat, hikiys. Huomioi turvotukset sekä ihon väri.



TAJUNTA (DISABILITY)

Onko potilas orientoitunut, vastaako kysymyksiin? Reagoiko kipuun? Onko levoton, unelias tai sekava? GCS –pisteet? (Ks. toinen puoli)

VOI IHME –muistisääntö tajuttomuuden syistä

V uoto kallon sisällä

O₂ hapen puute

I ntoksikaatio

I nfektio

H ypoglykemia

M atala RR

E pilepsia



PALJASTAMINEN (EXPOSURE)

Potilas riisutaan ja tutkitaan mahdollisten lisävammojen vuoksi.

© H. Kastman & M. Ollikainen

ABCDE -TILANNEARVIO

Mikäli potilas ei ole eloton ja hengittää, mutta ei ole kunnolla tajuissaan, tarvitsee tajunnantasoa arvioida tarkemmin ja systemaattisesti. Eri osa-alueiden pisteet lasketaan yhteen, 15 pistettä on maksimi (tajuissaan ja orientoitunut) ja 3 pistettä minimi (tajuuton ja reagoimaton).

Tajunnantason arviointi aloitetaan puhuttelemalla potilasta mielellään etunimellä. Puhevaste selvitetään kysymällä kysymyksiä joiden perusteella voidaan arvioida kykeneekö potilas pelkästään äänтелеeseen, tuottamaan sanoja tai kokonaisia lauseita. Potilasta pyydetään esimerkiksi puristamaan hoitajaa kädestä jolloin saadaan selvitettyä kykeneekö potilas noudattamaan kehotuksia. Mikäli potilas ei kykene tuottamaan puhetta eikä noudata kehotuksia, tajunnantasoa arvioidaan tuottamalla kipua. Yleensä kivulle reagointia testataan painamalla joko kynsivallista tai silmäkuopan yläreunasta.

GLASCOW'N KOOMA ASTEIKKO (GCS)

SILMIEN AVAAMINEN

- 4 p. Spontaanisti
- 3 p. Kehotuksesta
- 2 p. Kivulle
- 1 p. Ei vastetta

PUHEVASTE

- 5 p. Orientoitunut
- 4 p. Sekava
- 3 p. Puhuu sanoja
- 2 p. Äänтелеe
- 1 p. Ei vastetta

LIIEVASTE

- 6 p. Noudattaa kehotuksia
- 5 p. Paikantaa kivun
- 4 p. Väistää kivun
- 3 p. Koukistaa kivulle
- 2 p. Ojentaa kivulle
- 1 p. Ei vastetta